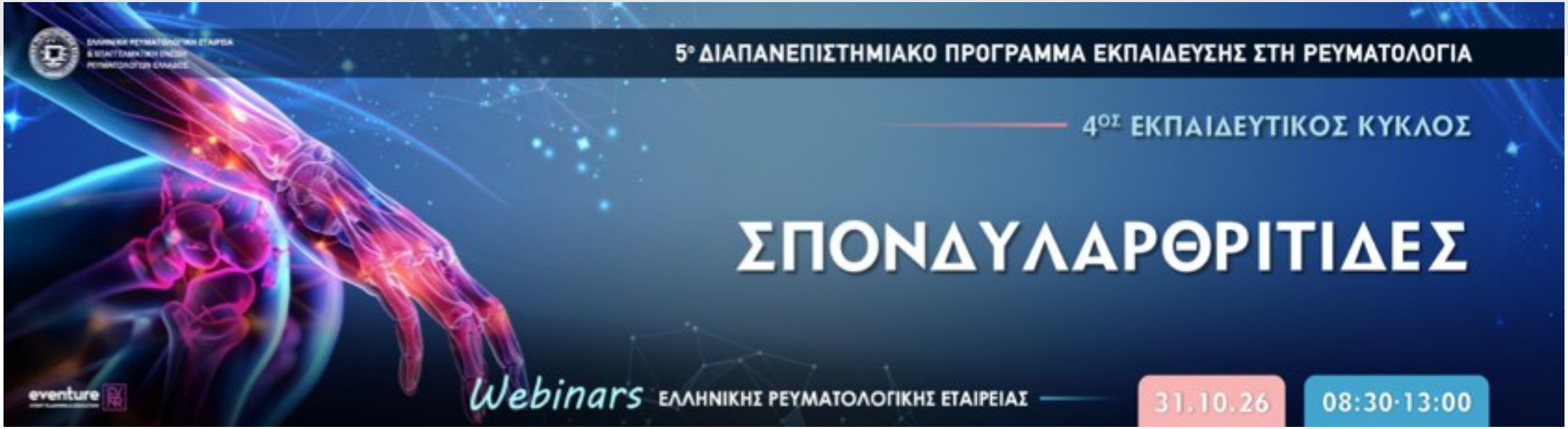


ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

Πελαγία Κατσιμπρή

Ρευματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ

Ρευματολογική Κλινική

ΓΝΑ ΚΑΤ

Δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων για την παρούσα ομιλία.

Περίγραμμα ομιλίας

- Ορισμός
- Διάγνωση
- Επιδημιολογία
- Κλινική εικόνα

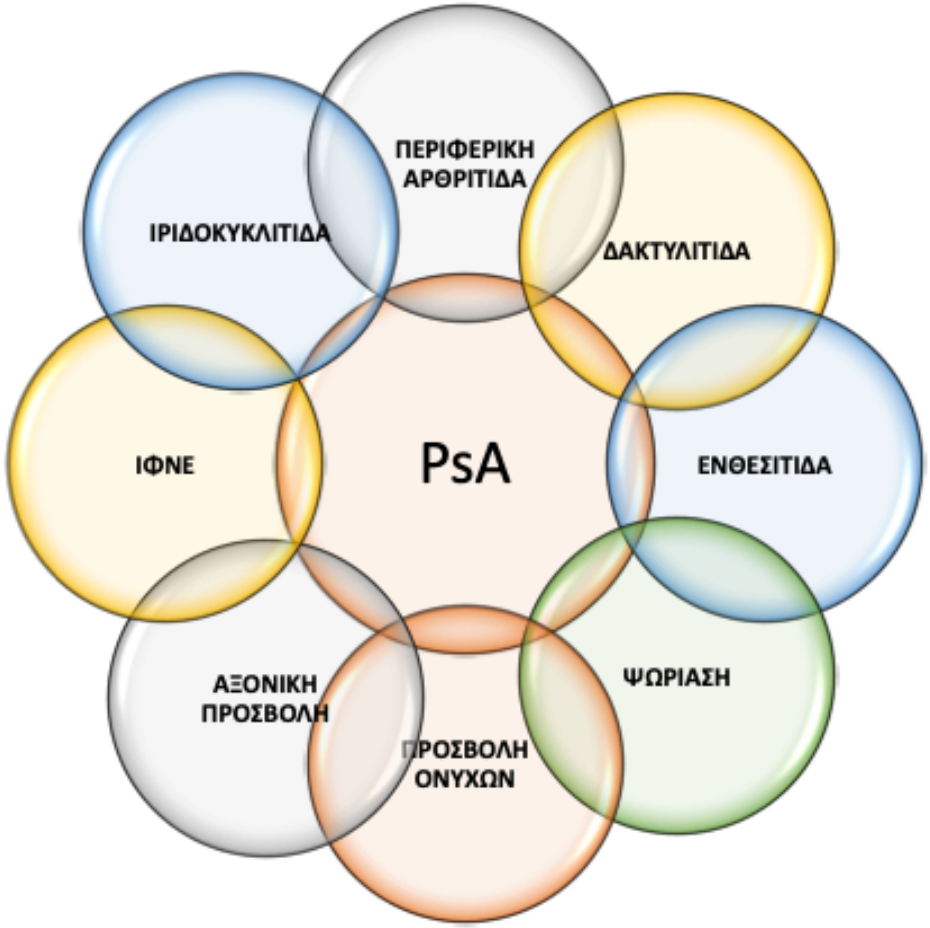
Ορισμός

Τι είναι η Ψωριασική Αρθρίτιδα

Η ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ) - μια χρόνια προοδευτική φλεγμονώδης νόσος που σχετίζεται με πολλαπλά και ποικίλα κλινικά χαρακτηριστικά.

Έχει μεγάλη ετερογένεια ως προς την κλινική εικόνα και η διάγνωση βασίζεται στα κλινικά χαρακτηριστικά

ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ- δεν αφορά μόνο το δέρμα και τις αρθρώσεις.



Ιστορικά:

- Jean Louis Alibert (1818): Συσχέτιση ψωρίασης και αρθρίτιδας
- Pierre Bazin (1860): Psoriasis arthritique
- Moll & Wright (1973): Συστηματική περιγραφή



Psoriatic Arthritis

J. M. H. Moll and V. Wright

THE idea of psoriatic arthritis as a specific disease entity, as opposed to the coincidental occurrence of two common diseases, is relatively recent. The

Ορισμός: Ψωρίαση σε συνδυασμό με φλεγμονώδη αρθρίτιδα (περιφερική αρθρίτιδα ή/και σπονδυλίτιδα)



Διάγνωση

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΨΑ - CASPAR

Για να πληρούνται τα κριτήρια CASPAR για ΨΑ, ο ασθενής πρέπει να έχει φλεγμονώδη νόσο των αρθρώσεων (αρθρώσεις, ΣΣ ή ενθέσεις) και βαθμολογία ≥3 σύμφωνα με τις παρακάτω κατηγορίες	
	Βαθμολογία
1. Στοιχεία ψωρίασης Τρέχουσα ψωρίαση Προσωπικό ιστορικό ψωρίασης Οικογενειακό ιστορικό ψωρίασης	2 ή 1 ή 1
2. Ψωριασική δυστροφία ονύχων Βοθρία ονύχων, ονυχόλυση, υπερκεράτωση	1
3. Αρνητικό ρευματοειδή παράγοντα	1
4. Δακτυλίτιδα Παρουσία οιδήματος ενός ολόκληρου δακτύλου Ιστορικό δακτυλίδας	1 ή 1
5. Ακτινολογικά ευρήματα εξωαρθρικού σχηματισμού νέου οστού Οστεοποίηση κοντά στο άκρο της άρθρωσης σε απλές ακτινογραφίες άκρων χειρών και ποδών	1

- Specificity >95%
- Lower sensitivity in early inflammatory arthritis as some typical features may not yet be present

CASPAR, **C**l**AS**sification criteria for **P**soriatic **AR**thritis
Taylor W et al. Arthritis Rheum 2006;54:2665-2673

Διαγνωστικές Προκλήσεις

Δεν υπάρχουν διαγνωστικοί βιοδείκτες σε αντίθεση με ΡΑ

Οι δείκτες φλεγμονής είναι συχνά φυσιολογικοί

Ομοιότητες της κλινικής εικόνας με άλλες αρθρίτιδες (ΟΑ, ινομυαλγία)



Πρώτα η αρθρίτιδα: Εμφάνιση ψωρίασης μετά την έναρξη μυοσκελετικών συμπτωμάτων σε ένα ποσοστό ασθενών.

8

Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Diagnostic Techniques

Η διάγνωση είναι κυρίως κλινική και βασίζεται στις εκδηλώσεις των αρθρώσεων και του δέρματος.

Κλινική εξέταση[2] και απεικόνιση[3]



Έλεγχος για βιοδείκτες

Τα CRP και ESR αυξάνονται μόνο στο. ~ 50% των ασθενών με ΨΑ, παρά την ενεργή νόσο[4]



Ερωτηματολόγιο ασθενούς[5]

- Τα επικυρωμένα ερωτηματολόγια μπορούν να διευκολύνουν τη διάγνωση της ΨΑ: [2]

  - Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation (PASE)[2]
  - Toronto Psoriatic Arthritis Screening (ToPAS)[2]
  - Psoriatic Epidemiology Screening Tool (PEST)[2]
  - Psoriasis Assessment Questionnaire (PAQ)[2]
  - Early ARthritis for Psoriatic Patients questionnaire (EARP)[5]



Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Imaging Techniques

Οι τεχνικές απεικόνισης μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση1

Επιδημιολογία

Επιδημιολογία

Η ΨΑ πρωτοεμφανίζεται σε ασθενείς ηλικίας 30-50 ετών.

Η επικράτηση είναι σχετικά σπάνια στο γενικό πληθυσμό 0.13% (133 περιπτώσεις ΨΑ ανά 100,000 ανθρώπων) από μετα-ανάλυση του 2018.

Η ΨΑ επηρεάζει το 0,1 -1% του πληθυσμού παγκοσμίως. Στην Ελλάδα το 0,17% (ενώ η ΡΑ επηρεάζει το 0,68%).

Alinaghi, F. et al. *J. Am. Acad. Dermatol.* **80**, 251–265 (2019).
Scotti, L., Franchi, M., Marchesoni, A. & Corrao, G.. *Semin. Arthritis Rheum.* **48**, 28–34 (2018).
Ogdie, A. et al. *Rheumatology* **52**, 568–575 (2013).
Kaufman, B. P. & Alexis, A. F. *Am. J. Clin. Dermatol* **19**, 405–423 (2018).

Επιδημιολογία

Επίπτωση της ΨΑ κυμαίνεται από 0,27 έως 2,7 ανά 100 άνθρωπο-έτη (βάση μελέτη και ορισμό).

Προσβάλει εξίσου άνδρες και γυναίκες (ελαφρές διακυμάνσεις στην αναλογία φύλου έχουν αναφερθεί μεταξύ των μελετών).

Προσβάλει κυρίως καυκάσια φυλή.

Εκτιμώμενος επιπολασμός της ΨΑ ήταν 1 ανά 100.000 στην Ιαπωνία και και 670 ανά 100.000 στη Νορβηγία.

Alinaghi, F. et al. *J. Am. Acad. Dermatol.* **80**, 251–265 (2019).
Scotti, L., Franchi, M., Marchesoni, A. & Corrao, G.. *Semin. Arthritis Rheum.* **48**, 28–34 (2018).
Ogdie, A. et al. *Rheumatology* **52**, 568–575 (2013).
Kaufman, B. P. & Alexis, A. F. *Am. J. Clin. Dermatol* **19**, 405–423 (2018).

Η χρήση των κριτηρίων CASPAR το 2006, αύξησαν την αναγνώριση της ΨΑ. Μελέτες επιπολασμού μετά 2006 έδειξαν αύξηση της διάγνωσης.



Μελέτες από τη Φινλανδία, η μία κλινική (χρησιμοποιώντας κλινικά και ακτινολογικά χαρακτηριστικά) και από τα εθνικά ασφαλιστικά αρχεία, όπως και μελέτη από Ιταλία έδειξαν πως η ΨΑ είναι η πιο συχνή μορφή ΣπΑ (44,4% και 37%, αντίστοιχα)

Η ΨΑ εμφανίζεται πιο συχνά σε ενήλικες ασθενείς με Ψ έναντι σε παιδιά και εφήβους με Ψ (21,6% και 3,3% αντίστοιχα).

1.Hukuda S, Minami M, Saito T, et al. J Rheumatol 2001 Mar;28(3):554-9.
2.Kaipiainen-Seppanen O, Aho K. J Rheumatol 2000 Jan;27(1):94-100.
3.Savolainen E, Kaipiainen-Seppanen O, Kroger L, Luosujarvi R.. J Rheumatol 2003 Nov;30(11):2460-8.
4.De Angelis R, Salaffi F, Grassi W. Scand J Rheumatol 2007 Feb;36(1):14-21.
5.Saraux A, Guillemin F, Guggenbuhl P, et al. Ann Rheum Dis 2005 Oct;64(10):1431-5.

Επιδημιολογία-προγνωστικοί παράγοντες

Psoriasis associated risk factors for PsA



- **Η έκταση και βαρύτητα της Ψ σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΨΑ** (η εκτεταμένη Ψ μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη συστηματική φλεγμονή που προδιαθέτει σε ανάπτυξη φλεγμονής στις αρθρώσεις και ενθέσεις.)
- Η ψωρίαση των νυχιών, του τριχωτού της κεφαλής και της ανάστροφης ψωρίασης σχετίζονται με την ανάπτυξη της ΨΑ
- Η ονυχοδυστροφία είναι πιο συχνή σε ασθενείς με ΨΑ (41-93%) από ασθενείς μόνο με Ψ (15% - 50%).
- Η προσβολή των ονύχων αντιπροσωπεύει μια μορφή ενθεσίτιδας με φλεγμονή της μήτρας των ονύχων.

  Μια προοπτική μελέτη διαπίστωσε ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς με Ψ και υποκλινική ενθεσίτιδα στο υπερηχογράφημα είχαν ταυτόχρονες βλάβες στα νύχια.

Psoriasis associated risk factors for PsA



- Οι ασθενείς με αλλοιώσεις στο τριχωτό της κεφαλής έχουν Χ4 υψηλότερο κίνδυνο για ΨΑ (HR 3.89 and 95% CI 2.18-6.94)
- Οι ασθενείς με μεσογλουτιαίες/περιπρωκτικές βλάβες (ανάστροφη Ψ) έχουν Χ 2,35 υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ΨΑ (HR 2.35 and 95% CI 1.32-4.19)
- Τα μη-ειδικά μυοσκελετικά συμπτώματα (αρθραλγία, κόπωση και δυσκαμψία) είναι σημαντικοί παράγοντες στην πρόδρομη φάση της ΨΑ και σχετίζονται με την ανάπτυξη ΨΑ.



Κληρονομικό Ιστορικό

- Άτομα με οικογενειακό ιστορικό Ψ ή ΨΑ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψωριασικής αρθρίτιδας.

- Μελέτη έδειξε Χ 20 αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ΨΑ σε ασθενείς με Ψ που είχαν οικογενειακό ιστορικό ΨΑ.

- Δεδομένης αυτής της ισχυρής συσχέτισης, οι δερματολογικές κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν έλεγχο για οικογενειακό ιστορικό ΨΑ σε ασθενείς με Ψ.

Solmaz D, Eder L, Aydin SZ. Best Pract Res Clin Rheumatol 2018;32(2):295-311.
Tey HL, Ee HL, Tan ASL, et al. J.Dermatol 2010 May;37(5):426-30.
Richard M-A, Barnetche T, Rouzaud M, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2014 Aug;28(Suppl 5):3-12.

Επιδημιολογία- συννοσηρότητες

Συννοσηρότητες -παχυσαρκία

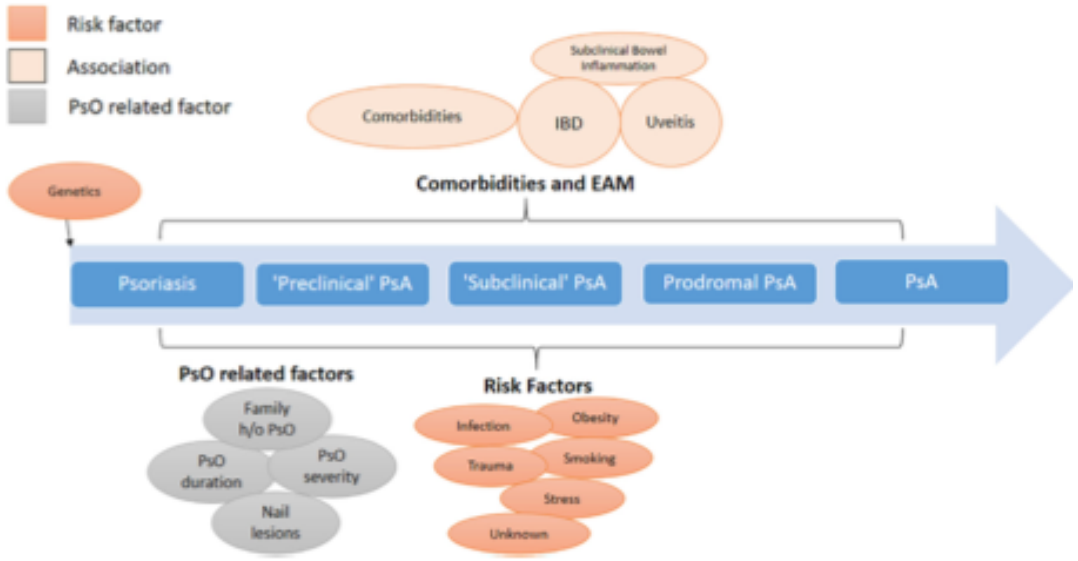


- Η συσχέτιση της παχυσαρκίας με την εμφάνιση ΨΑ είναι γνωστή και είναι ευθέως ανάλογη όσον αφορά το ΔΜΣ.
- Η μείωση του ΔΜΣ έχει συσχετιστεί με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης Ψ και ΨΑ, όπως προκύπτει από διάφορες μελέτες.
- Μελέτες έχουν δείξει βελτίωση στη δραστηριότητα της ΨΑ και στην ανταπόκριση στη θεραπεία μετά από απώλεια βάρους και επίσης υποστηρίζουν τη συσχέτιση της παχυσαρκίας με την ΨΑ.

ScherJU,OgdieA,MerolaJF,RitchlinC. Nat Rev Rheumatol 2019 Mar;15(3):153-66.
Love TJ, Zhu Y, Zhang Y, et al. Ann Rheum Dis 2012 Aug;71(8):1273-7.
Thomsen RS, Nilsen TI, Haugeberg G, et al. Arthritis Care Res 2021 Mar;73(3):432-41.
Soltani-Arabshahi R, Wong B, Feng B-J, et alArch Dermatol 2010 Jul;146(7):721-6.
Li W, Han J, Qureshi AA. Ann Rheum Dis 2012 Aug;71(8): 1267-72
Green A, Shaddick G, Charlton R, et al Br J Dermatol 2020;182(3):714-20.
Minno MNDD, Peluso R, Iervolino S, et al. Ann Rheum Dis 2014 Jun 1;73(6):1157-62.

Η σχέση διαφόρων μεταβλητών με την ανάπτυξη της ΨΑ

- Ορισμένες συννοσηρότητες όπως η παχυσαρκία, η υπερλιπιδαιμία, η κατάθλιψη και η ραγοειδίτιδα έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΨΑ.
- Ο κίνδυνος ραγοειδίτιδας είναι υψηλότερος στην ΨΑ (IR 3,77) σε σχέση με αυτόν που παρατηρείται στην Ψ (IR για την ήπια Ψ: 1,59· IR για τη σοβαρή Ψ : 2,17).
- Ο κίνδυνος για ΙΦΝΕ επίσης είναι υψηλότερος στην ΨΑ σε σχέση με την Ψ.
- Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ραγοειδίτιδας και ΙΦΝΕ στη ΨΑ σε σύγκριση με την Ψ , ενδέχεται να βοηθήσει στον εντοπισμό ασθενών με Ψ που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΨΑ .



Egeberg A, Khalid U, Gislason GH, et al. JAMA Dermatol 2015 Nov;151(11):1200-515
Egeberg A, Thyssen JP, Burisch J, Colombel J-F. J Invest Dermatol 2019;139(2):316-23.
CharltonR,GreenA,ShaddickG,et al. Ann Rheum Dis 2018;77(2):277-80.

Θνητότητα στην Ψωριασική Αρθρίτιδα

- Η προοπτική κοορτή ασθενών με ΨΑ του Πανεπιστημίου του Τορόντο έδειξε υψηλότερο δείκτη θνητότητας στη ΨΑ (SMR 1,4-1,6) .
- Η συνολική θνητότητα στη ΨΑ ήταν υψηλότερη από ό,τι στον γενικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια τεσσάρων δεκαετιών παρακολούθησης.
- Μείωση του κινδύνου θνητότητας με την πάροδο του χρόνου. Κατά τις περιόδους :1978-1986, 1987-1995 και 1996-2004 οι δείκτες θνητότητας (SMR) ήταν 1,89, 1,83 και 1,21 αντίστοιχα.
- Η αυξημένη αναγνώριση της ΨΑ, η έγκαιρη διάγνωση και η καλύτερη θεραπεία ενδέχεται να έχουν βελτιώσει τη θνητότητα με την πάροδο του χρόνου.

Wong K, Gladman DD, Husted J, et al. Arthritis Rheum 1997 Oct;40(10):1868-72.
Ali Y, Tom BDM, Schentag CT, et al. Arthritis Rheum 2007 Aug; 56(8):2708-14.
Elalouf O, Muntyanu A, Polachek A, et al. Semin Arthritis Rheum 2020 May 23;50(4):571-5.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη θνητότητα στην Ψωριασική Αρθρίτιδα

- Η ακτινολογική βλάβη σχετίσθηκε με αυξημένη θνησιμότητα στην ΨΑ (RR 3,88 και 95% CI 1,32-11,35).

- Διάφορες μελέτες έχουν δείξει τη συσχέτιση των υψηλών επιπέδων δεικτών οξείας φάσης όπως CRP (HR 1,56 και 95% CI 1,14-2,13) και ΤΚΕ (RR 3,77 και 95% CI 1,31-10,83) με αυξημένη θνησιμότητα

- Η παρουσία καρδιακής νόσου (HR 1,67 και 95% ΔΕ 1,12-2,49) και κακοήθειας (HR 1,79 και 95% ΔΕ 1,22-2,61) επίσης σχετίζετε με αυξημένη θνητότητα στην ΨΑ.

Wong K, Gladman DD, Husted J, et al. Arthritis Rheum 1997 Oct;40(10):1868-72.
Ali Y, Tom BDM, Schentag CT, et al. Arthritis Rheum 2007 Aug; 56(8):2708-14.
Elalouf O, Muntyanu A, Polachek A, et al. Semin Arthritis Rheum 2020 May 23;50(4):571-5

Κλινική εικόνα

Κλινική Εικόνα: Ψωρίαση

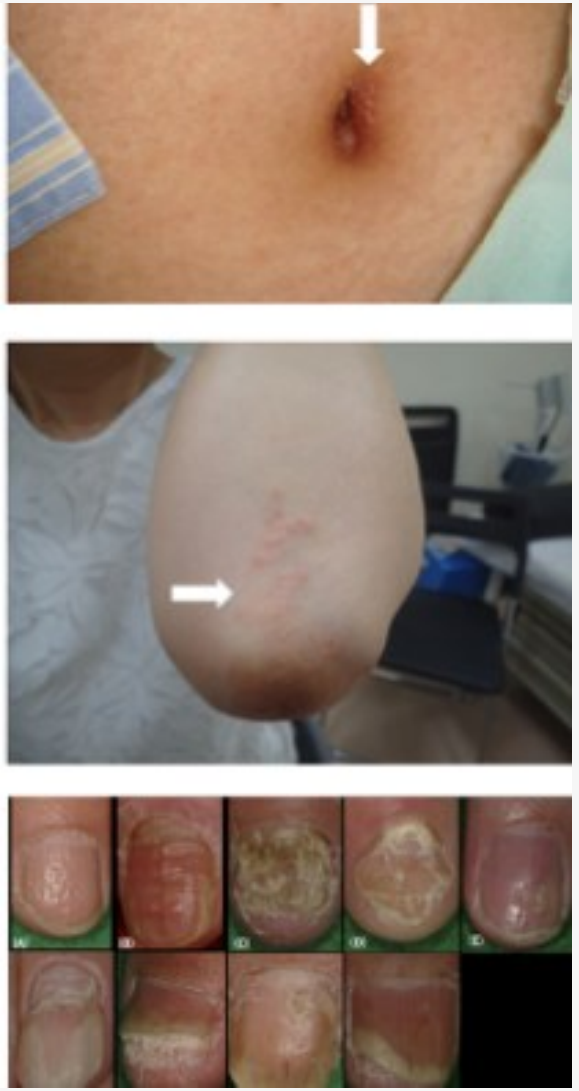
- Η συχνότερη μορφή Ψ στην ΨΑ είναι **η ψωρίαση κατά πλάκας.**
- Η φλυκταινώδης ψωρίαση, η σταγονοειδής ψωρίαση, η ψωρίαση των ονύχων, η ερυθροδερμική ψωρίαση και η ανάστροφη ψωρίαση επίσης να σχετίζονται με την ΨΑ.
- Η ψωρίαση στο τριχωτό της κεφαλής, στις μεσογλουτιαίες ή ομφαλικές περιοχές (ανάστροφη), οι ήπιες ψωριασικές αλλοιώσεις στις εκτατικές επιφάνειες των αγκώνων ή των γονάτων, καθώς και οι βλάβες των ονύχων, **συχνά διαφεύγουν** της προσοχής τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας.
- **Κίνδυνος μεταγενέστερης εμφάνισης ΨΑ σε σχέση με τις δερματικές βλάβες:**

• βλάβες στο τριχωτό της κεφαλής (λόγος κινδύνου [HR] 3,89, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] 2,18-6,94),

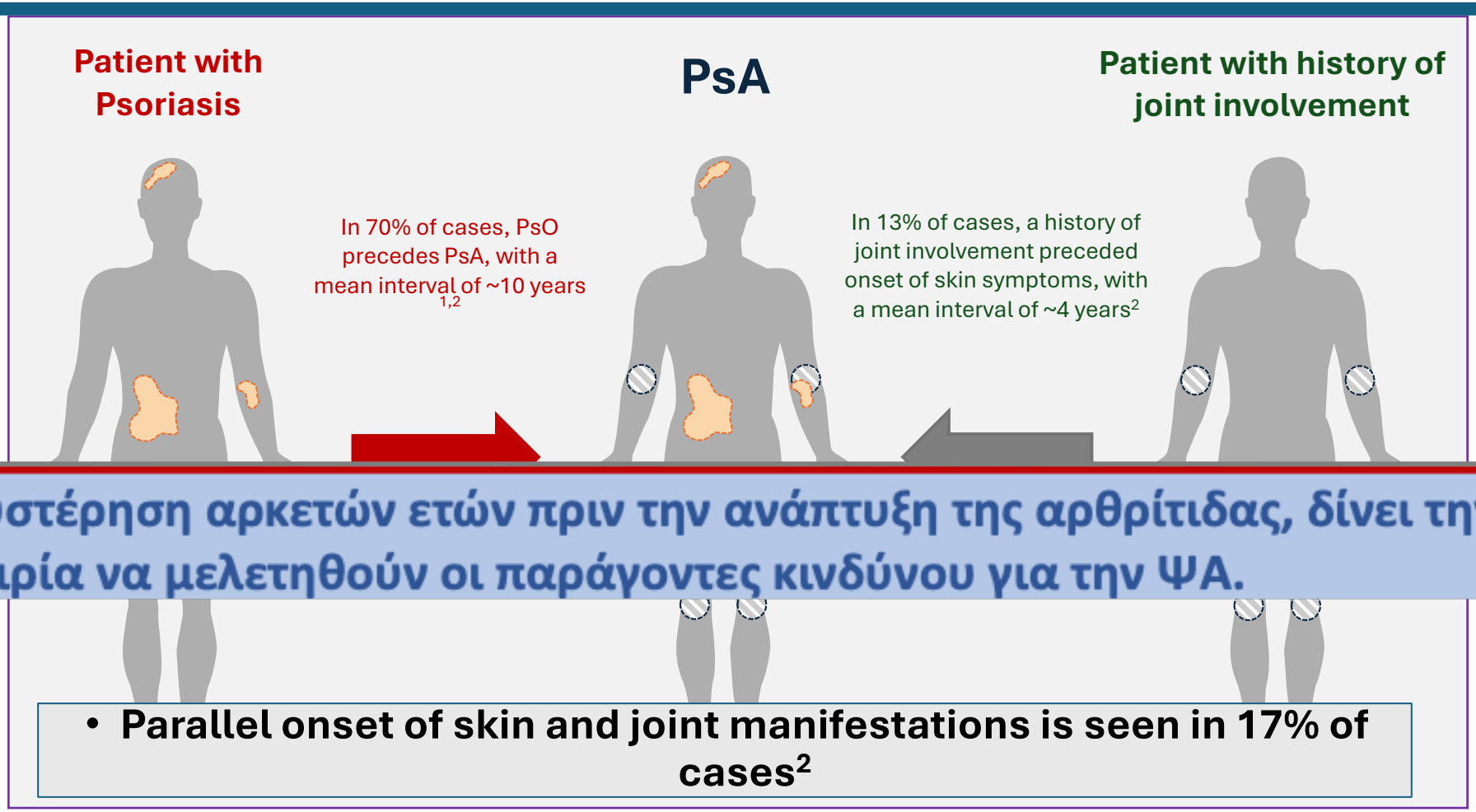
• δυστροφία ονύχων (HR 2,93, 95% CI 1,68-5,12), και

• μεσογλουτιαίες / περι-πρωκτικές βλάβες (HR 2,35, 95% CI 1,32-4,19)

- Το 15% των ασθενών με ΨΑ παρουσιάζει ψωριασικές δερματικές βλάβες κατά την κλινική εξέταση, με απουσία γνωστού ιστορικού ψωρίασης (αδιάγνωστη ψωρίαση ή εμφάνιση ψωρίασης μετά την ΨΑ;;;)



Η Εξέλιξη της Ψωριασικής Αρθρίτιδας



[1] Leung Y et al. J Postgrad Med. 2007;53:63–71
[2] Kumar R et al. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2014;80(1):15–23

Μυοσκελετικές εκδηλώσεις



- Δύο βασικοί τύποι προσβολή των αρθρώσεων, περιφερική και αξονική.
- Πέντε υπότυποι ΨΑ:





1. πολυαρθρική,
2. ολιγοαρθρική,
3. Τύπου ΟΑ με προσβολή άπω ΦΦ αρθρώσεων,
4. καταστροφική αρθρίτιδα (mutilans), και
5. αξονική/σπονδυλαρθρίτιδα.

- Οι υπότυποι μπορεί να αλλάξουν και να επικαλύπτονται κατά τη διάρκεια της νόσου.

Περιφερική Αρθρική Προσβολή

- **Ο υπότυπος που μοιάζει της ΟΑ** προσβάλει τις άπω και συχνά τις μέσο ΦΦ αρθρώσεις των χεριών ή/και των ποδιών, συγκεκριμένα των τμημάτων πιο κοντά στα νύχια. Οι ονυχόλυση είναι ιδιαίτερα συχνή .

- **Ο ολιγοαρθρικός υπότυπος** προσβάλει ≤ 4 αρθρώσεις και τυπικά έχει ασύμμετρη κατανομή.

- **Ο πολυαρθρικός υπότυπος** προσβάλει ≥ 5 αρθρώσεις, συχνά είναι συμμετρικός και μοιάζει με ΡΑ.

- **Αρθρίτιδα mutilans**, ένας ιδιαίτερα καταστροφικός υπότυπος, σχετίζεται με τηλεσκοπικά δάκτυλα, οστική καταστροφή και παραμόρφωση. Ο πιο σοβαρός και λιγότερο συχνός υπότυπος: σε < 5% των ασθενών.

- **Ασύμμετρη αρθρίτιδα**: πιο πιθανό να επηρεάσει τις αρθρώσεις του ίδιου δακτύλου παρά την αντίστοιχη ετερόπλευρη άρθρωση.

Kehl AS, Corr M, Weisman MH. Arthritis Rheum 2016;68:312-22.
Gladman DD, Ziouzina O, Thavaneswaran A, Chandran V. J Rheumatol 2013;40:1357-9.
Brockbank JE, Stein M, Schentag CT, Gladman DD. Ann Rheum Dis 2005;64:188-90.

Άλλες Περιφερικές Μυοσκελετικές Εκδηλώσεις

- **Ενθεσίτιδα:** παρατηρείται στο 30-50% των ασθενών και πιο συχνά αφορά την πελματιαία περιτονία και τα σημεία κατάφυσης του αχίλλειου τένοντα. Με τη βοήθεια Υ/Η βρίσκουμε σε 70% των ΨΑ .
- Μπορεί να προκαλέσει πόνο αλλού, συμπεριλαμβανομένης της επιγονατίδας, της λαγόνιας ακρολοφίας, των επικονδύλων και των υπερακανθίων



- **Δακτυλίτιδα:** χαρακτηρίζεται από διάχυτο οίδημα ολόκληρου του δακτύλου του χεριού ή του ποδιού, «λουκανικοειδές», αντιπροσωπεύει ένα σχετικά ομοιόμορφο οίδημα των μαλακών ιστών μεταξύ μετακαρποφαλαγγικών και μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων. Παρατηρείται στο 40-50% των ασθενών.
- Η δακτυλίτιδα παρατηρείται συχνά στον υποτύπο της πολυαρθρίτιδας και εμφανίζεται μόνο στα πόδια στα 2/3 των ασθενών.



Η ενθεσίτιδα και η δακτυλίτιδα σχετίζεται με σοβαρές εκδηλώσεις, για αυτό η προσεκτική εξέταση των κάτω άκρων είναι κρίσιμη για την αναγνώριση αυτών των χαρακτηριστικών

Kehl AS, Corr M, Weisman MH. Arthritis Rheum 2016;68:312-22.
Gladman DD, Ziouzina O, Thavaneswaran A, Chandran V. J Rheumatol 2013;40:1357-9.
Brockbank JE, Stein M, Schentag CT, Gladman DD. Ann Rheum Dis 2005;64:188-90.

Μετάβαση από την Ψωρίαση στη Ψωριασική Αρθρίτιδα

Παρουσία άτυπων μυοσκελετικών συμπτωμάτων όπως:

1. **Αρθραλγίες (γυναίκες)**
2. **Άλγος φτέρνας**
3. **Κόπωση**
4. **Δυσκαμψία**

Μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση αρθρίτιδας σε ασθενείς με ψωρίαση

Σε ασθενείς με άτυπα μυοσκελετικά συμπτώματα ο υπερηχος του μυοσκελετικού έδειξε τενοντοελυτρίτιδα και υποκλινική ενθεσίτιδα που σχετίστικαν με εξέλιξη σε ΨΑ.

Η υποκλινική ενθεσίτιδα / αρθρίτιδα αλλά και τα **υψηλά επίπεδα CRP** επίσης έχουν συσχετισθεί με την ανάπτυξη αρθρίτιδας .

1.Alen Zabotti et al. RMD Open 2019;5:e001067
2.Basant Elnady et al. Clinical Rheumatology (2019) 38:1627–1635

Αξονική Προσβολή

- Η αξονική προσβολή εμφανίζεται στο 25-70% των ασθενών με ΨΑ, με αποκλειστική αξονική συμμετοχή στο ~5% των ασθενών.
- Συχνά προσβάλλονται ταυτόχρονα και οι περιφερικές αρθρώσεις.
- Η αξονική ΨΑ είναι συνήθως λιγότερο σοβαρή από την ΑΣ, αλλά έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής και σχετίζεται με χειρότερη νόσο από ασθενείς χωρίς αξονική προσβολή
- Η πλήρης οστεοποίηση της ιερολαγόνιας άρθρωσης και τα συνδεσμόφυτα ήταν πιο συχνά στην ΑΣ από την αξΨΑ. Ακτινολογικά η αξονική νόσος ήταν πιο σοβαρή στην ΑΣ από την αξ ΨΑ
- Ένα σημαντικό ποσοστό των αξΨΑ είχαν σπονδυλίτιδα χωρίς ιερολαγονίτιδα και λιγότερο συχνά έφεραν το HLA-B*27.
- Το μητρώο CORRONA PsA/SpA που σύγκρινε ασθενείς με ΨΑ με και χωρίς αξονική συμμετοχή βρήκε παρόμοια ποσοστά αντρών και γυναικών με αξΨΑ.

Gottlieb AB, Merola JF. J Am Acad Dermatol 2020 Jul 31;e9622(20): S0190. 30959-2.
Mease PJ, Palmer JB, Liu M, et al. J Rheumatol 2018 Oct;45(10):1389-96.
Jadon DR, Sengupta R, Nightingale A, et al. Ann Rheum Dis 2017 Apr;76(4):701-7

Συμπτώματα αξΨΑ. Προσοχή....

- Πόνο και δυσκαμψία στην πλάτη ή στον αυχένα, σε οποιοδήποτε σημείο της ΣΣ!
- **Ιστορικό φλεγμονώδους ραχιαλγίας** (πόνος που βελτιώνεται με τη δραστηριότητα αλλά επιδεινώνεται με ανάπαυση, νυχτερινός πόνος, πρωινή δυσκαμψία διάρκειας >30 λεπτά, διάρκεια πόνου > 3 μήνες). Αλλά...τα κριτήρια για φλεγμονώδη οσφυαλγία που αναπτύχθηκαν για την αξΣπΑ δεν έχουν καλή απόδοση στην αξΨΑ.
- Μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΨΑ έχουν ασυμπωματική αξονική νόσο.
- Οι Leung et al. βρήκαν εως 45% των ασθενών με ΨΑ και αξονική προσβολή ήταν ασυμπτωματικοί, με την πάθηση να ανιχνεύεται μόνο ακτινολογικά.
- Σε ασθενείς με αξΨΑ,η κινητικότητα της ΑΜΣΣ μειώνεται σημαντικά εντός 5 ετών εάν δεν αντιμετωπιστούν. Επιπλέον, το 37% και το 52% θα αναπτύξουν ιερολαγονίτιδα >Gr 2 εντός 5και 10 ετών, αντίστοιχα. Έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία ασθενών με αξΨΑ είναι κρίσιμη.

Gladman DD. Rheum Dis Clin N Am 2015;41: 569-79.
Rudwaleit M, Metter A, Listing J, et al. Arthritis Rheum 2006;54(2):569-78.
Yap KS, Ye JY, Li S, et al. Ann Rheum Dis 2018 Nov;77(11):1573-7.
LeungYY,TamLS,KunEW,LiEK. Clin Exp Rheumatol 2008 Sep-Oct;26(5):820-6

Ακτινολογικές εκδηλώσεις αξΨΑ

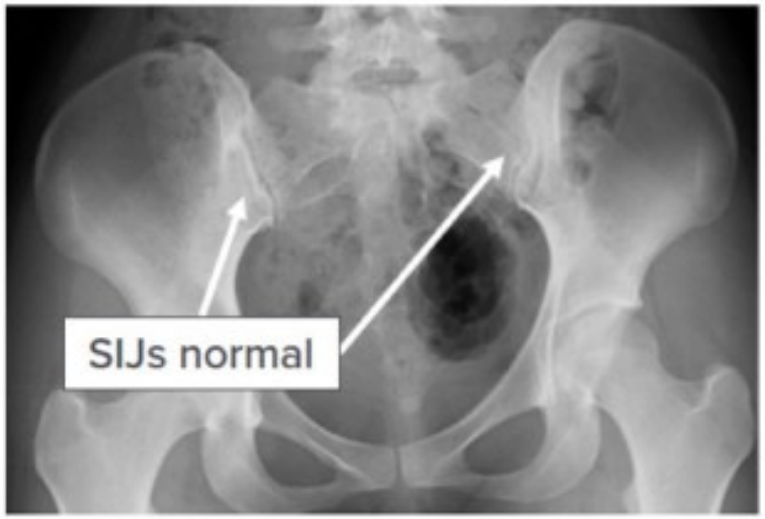
- Αμφοτερόπλευρη ασύμμετρη προσβολή ιερολαγονίων αρθρώσεων
- Ασύμμετρων συνδεσμόφυτων
- Παρασπονδυλική οστεοποίηση της ΣΣ και συχνή συμμετοχή της ΑΜΣΣ είναι ενδεικτικά της αξΨΑ και βοηθούν στην ΔΔ της αξΨΑ από την ΑΣ.
- Ένα σημαντικό κλινικο-ακτινολογικό ζήτημα τα τελευταία χρόνια είναι η πιθανή συνύπαρξη της διάχυτης ιδιοπαθούς σκελετικής υπερόστεωσης (DISH) [παρουσία ≥ 3 οστέινων γεφυρών στην προσθιοπλάγια σπονδυλική στήλη απέναντι από την αορτή]. Παράγοντες κινδύνου για DISH: ΣΔ, ΑΥ, παχυσαρκία, άρρεν φύλο και η μεγαλύτερη ηλικία ΄όπου ορισμένοι μοιράζονται με τη ΨΑ.
- Πιθανή η συνύπαρξη DISH και αξΨΑ σε ορισμένους ασθενείς.

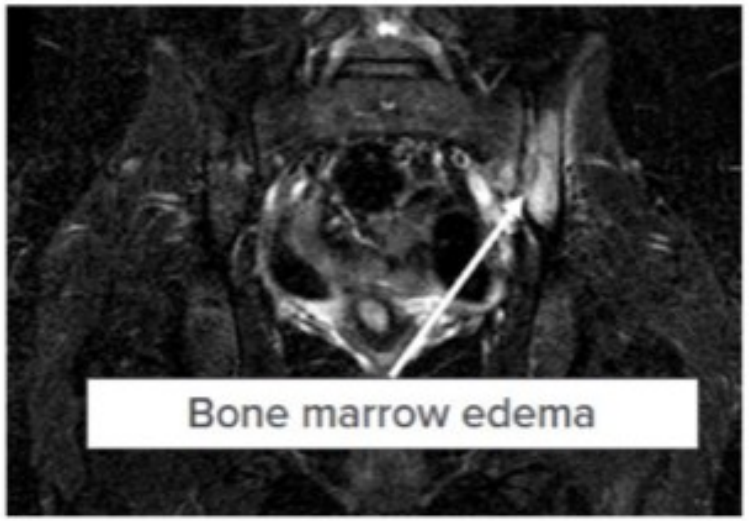


- «Ογκώδη» συνδεσμόφυτα
- Para-marginal
- Ετερόπλευρα
- Όχι σε διαδοχικούς σπονδύλους

Lubrano E, Parsons WJ, et al. J Rheumatol Suppl 2015 Nov;93:40-2.
HaddadA,ThavaneswaranA et al .JRheumatol2013 Aug;40(8):1367-73.

MRI in Early Stages of AS and Axial PsA





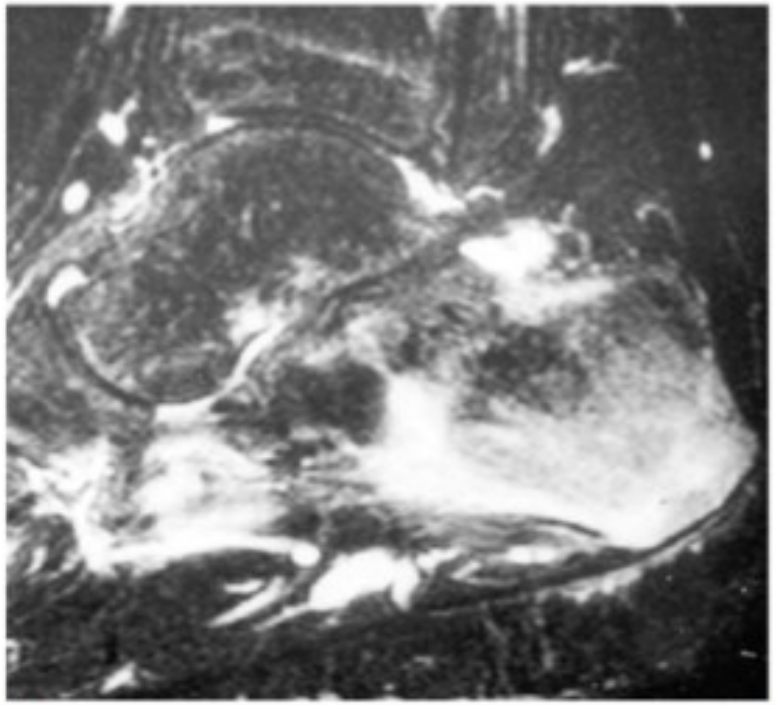
MRI is the method of choice for the study of inflammatory processes of the profound musculoskeletal system, such as the axial segment (spine and sacroiliacs) and the pelvic structures

MRI is the only method that allows the visualization of bone marrow edema

MRI, magnetic resonance imaging.
Images courtesy of Dennis McGonagle, MD, PhD.
Sarbu MI, et al. Open Access Rheumatol. 2021;13:343-352.

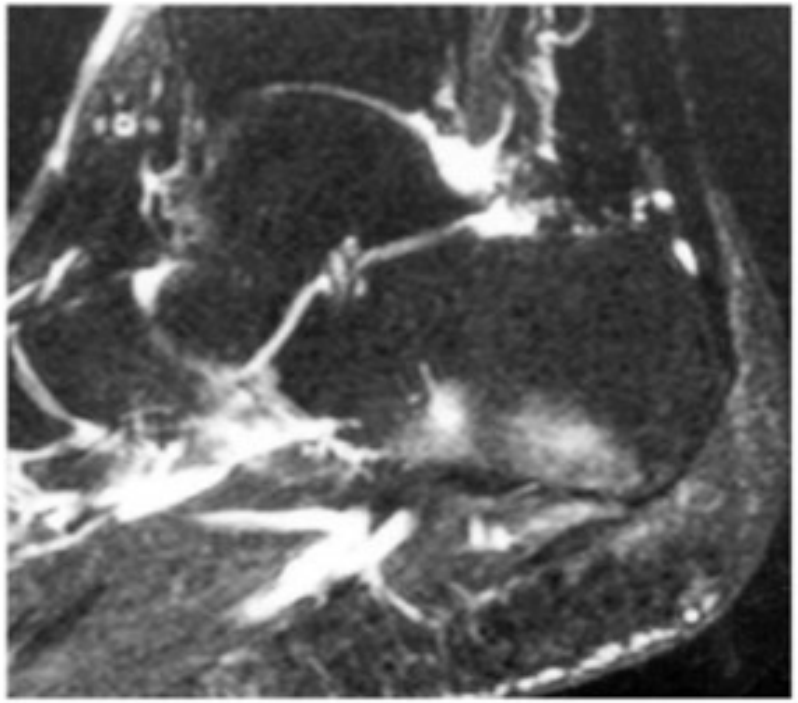
HLA-B27 and Link to Severity of Osteitis in Enthesitis

HLA-B27+



More severe bone edema
(vs HLA-B27 negative)

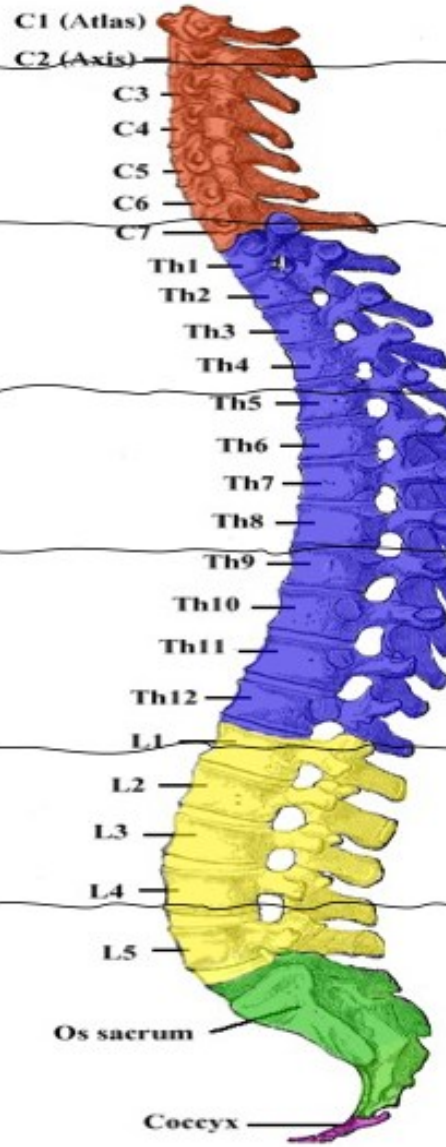
Non-B27/mechanical



McGonagle D, et al. Arthritis Rheum. 2002;46:489-93.

AS

AxPSA



Πιο συχνά προσβολή ΑΜΣΣ
Μπορεί και η μοναδική εντόπιση
Πιο συχνά σύντηξη των facets

Marginal συνδεσμόφυτα

Συμμετρικά συνδεσμόφυτα

Non-marginal συνδεσμόφυτα, πιο ογκώδη

Λιγότερη συμμετρία

Πιο συχνά σύντυξη των facets

HLA-B27 (+) 90%

Συνδεσμόφυτα χωρίς υποχρεωτικά ιερολαγονίτιδα

HLA-B27 (+) 40%

Ασύμμετρη και λιγότερο σοβαρή ιερολαγονίτιδα
HLA B-27% (+) 10%

30

Differential diagnosis of psoriatic arthritis.

Variables	Psoriatic Arthritis	Rheumatoid Arthritis	Gouty arthritis	Osteoarthritis
Demographic characteristics	Male = Female; Onset: middle age; Presence of psoriasis and/or nail psoriasis	Female predominant; Onset: 30–40s	Male predominant; Onset: Adult; Metabolic syndrome, obesity	Female predominant; Onset: >50s
Joint distribution at onset	Asymmetric	Symmetric	Asymmetric	Asymmetric
No. of affected joints	Oligoarticular	Polyarticular	Monoarticular or oligoarticular	Monoarticular or oligoarticular
Sites of hands and feet involved	Distal	Proximal	Distal	Distal
Manifestations on plain X-ray	Productive[a] marginal erosion; mouse ear sign; pencil-in cup deformity	Nonproductive marginal erosion	Overhanging edge	Gull-wing appearance
Areas involved	All joints of a digit (ray distribution)	Same joint across digits	Usually monoarticular	Same joints across digits
Purplish discoloration of overlying skin	Yes	No	Yes	No
Spinal involvement	Common	Uncommon (atlanto-axial subluxation)	Absent	Noninflammatory
Sacroiliitis	Common	Absent	Absent	Absent

NA: not assessed.
[a] "Productive" = Juxta-articular new bone formation.

M. Kishimoto, G.A. Deshpande, K. Fukuoka et al. Best Practice & Research Clinical Rheumatology xxx (xxxx) xxx

Further Questioning in the Dermatologist Office



Do you have a family history of PsA or other types of arthritis?



Do you experience morning stiffness lasting longer than 30 minutes?



Have you ever had tender/swollen fingers or toes?



Have you had pain in your heel?



Do you have any back pain?

© Medscape, LLC

Gottlieb A, et al. J Dermatolog Treat. 2020;31:662-679.

Σύνοψη

- Η ψωριασική αρθρίτιδα εμφανίζεται συνήθως στις ηλικίες **30–60 ετών** και αφορά περίπου **20–30%** των ασθενών με ψωρίαση.
- Κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι η εκτεταμένη ψωρίαση, οι αλλοιώσεις σε νύχια/τριχωτό, η ανάστροφη ψωρίαση και το οικογενειακό ιστορικό.
- Αρθραλγίες, κόπωση, δυσκαμψία και πόνος στη φτέρνα μπορούν να αποτελούν πρόδρομα σημεία πριν από την εμφάνιση αρθρίτιδας.
- Η παχυσαρκία και συννοσηρότητες όπως υπερλιπιδαιμία, κατάθλιψη, ραγοειδίτιδα και ΙΦΝΕ συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ή βαρύτερη νόσο.
- Στο **70%** των περιπτώσεων προηγείται η ψωρίαση, στο **13%** προηγείται η αρθρική προσβολή και στο **17%** εκδηλώνονται ταυτόχρονα.
- Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει περιφερική ή αξονική αρθρίτιδα, ενθεσίτιδα και δακτυλίτιδα, με διαφορετικούς και συχνά επικαλυπτόμενους υποτύπους.
- Η αξονική νόσος μπορεί να είναι ασυμπτωματική και να ανιχνεύεται μόνο ακτινολογικά, γεγονός που καθιστά σημαντική την έγκαιρη αναγνώριση.